



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

ÁREA DE NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS
ANOS RESIDENTES NA VILA PLANALTO, BRASÍLIA – DF**

ANDRÉIA ROCHA DIAS

BRASÍLIA

2013

ANDRÉIA ROCHA DIAS

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS
ANOS RESIDENTES NA VILA PLANALTO, BRASÍLIA – DF**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Nutrição
da Universidade de Brasília, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Rosemeire Victoria Furumoto

BRASÍLIA

2013

ANDRÉIA ROCHA DIAS

**ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS
ANOS RESIDENTES NA VILA PLANALTO, BRASÍLIA – DF**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Nutrição
da Universidade de Brasília, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Nutrição.

Profa. Dra. Rosemeire Victoria Furumoto
(Orientadora – Departamento de Nutrição/UnB)

BRASÍLIA

2013

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela sua infinita bondade, misericórdia e amor para comigo.

Aos meus pais, Agnaldo e Janderleide, pelo legado de fé, amor, educação e coragem. E ainda, por sacrificarem seus sonhos, em favor dos meus.

Ao Saulo Guimarães, meu noivo, pelo companheirismo de todos os momentos, mesmo estando distante, fruto do amor generoso, paciente e compreensivo, que sempre nos unirá.

Aos amados irmãos, Adriano e Andressa, pelo amor, pela compreensão de quatro anos de ausência, e pela alegria do reencontro.

À professora Dra. Rosemeire Furumoto Victória, pela sua paciência e valiosas contribuições ao longo deste trabalho.

Às mães e suas crianças que consentiram em participar da pesquisa.

Aos colaboradores, pela coleta de dados, em especial à Eliane Prazer, pela elaboração do instrumento de pesquisa e banco de dados.

A todos que contribuíram, diretamente ou indiretamente, para a consecução deste trabalho.

RESUMO

Objetivos: Estimar a idade média de introdução da alimentação complementar e verificar a associação entre o período de introdução de alimentos complementares e características socioeconômicas maternas e biológicas de crianças menores de dois anos residentes na Vila Planalto, Brasília – DF. **Metodologia:** Estudo transversal, exploratório, realizado com 123 crianças menores de dois anos, durante a campanha nacional de multivacinação, no ano de 2011. As mães responderam a um questionário semi estruturado, contendo questões abertas e fechadas sobre dados sócios demográficos maternos, dados biológicos da criança, dados sobre aleitamento materno e sobre a época de introdução de outros alimentos. Utilizado o *software SPSS versão 21.0*, fez-se associações estatísticas pelo teste de qui-quadrado, além do cálculo da razão de prevalência (OR), considerando o intervalo de confiança de 95%. **Resultados e Discussão:** Das crianças estudadas, 29,3% das crianças encontrava-se em aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista e 26,0% das crianças recebeu leite materno exclusivo até o 6º mês de vida. Observou-se introdução de água, chá, suco natural e leite antes dos seis meses, além da introdução precoce de frutas e hortaliças, mel, açúcar, bebidas industrializados. Idade materna ≤ 18 anos e ≥ 4 residentes no domicílio, são fatores associados a oferta de guloseimas antes de 1 ano. **Conclusão:** Baixa escolaridade e renda associam-se com a introdução precoce de alimentos, assim como menor idade materna e maior numero de moradores no domicílio.

Palavras-chave: lactente, alimentação complementar, introdução precoce, introdução tardia.

ABSTRACT

Objectives: To estimate the average age of introduction of complementary feeding and the association between the period of introduction of complementary foods and biological and socioeconomic characteristics of mothers of children under two years old in Vila Planalto, Brasília - DF. **Methodology:** Cross sectional, exploratory, conducted with 123 children under two years during the Campanha Nacional de Multivacinação, in 2011. The mothers answered a semi-structured questionnaire containing open and closed questions on maternal socio-demographic data, biological data of the child, data on breastfeeding and timing of introduction of other foods. Using the SPSS software version 21.0, statistical associations such as chi-square, and estimation of the prevalence ratio (OR) were done, considering a confidence interval of 95%. **Results and Discussion:** Of the children studied, 29.3% of the children were in exclusive breastfeeding at the time of interview and 26.0% of children received breast milk exclusively until the 6th month of life. It was observed introduction of water, tea, fresh juice and milk before six months. Fruits and vegetables, honey, sugar, industrialized beverages were also introduced early. Maternal age ≤ 18 years and ≥ 4 residents in the household, were factors associated with the introduction of foods with no nutritional value before 1 year. **Conclusion:** Low education and income are associated with the early introduction of foods, as well as lower maternal age and greater number of residents in the household.

Keywords: infants, complementary feeding, early introduction, late introduction.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVOS.....	13
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
4. METODOLOGIA.....	20
4.1 Estratégia do estudo.....	20
4.2 Tipo, local e amostragem do estudo.....	20
4.3 Coleta de dados e instrumento.....	20
4.4 Análise dos dados.....	21
5. RESULTADOS.....	22
6. DISCUSSÃO.....	28
7. CONCLUSÃO.....	33
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

Na infância, a nutrição adequada é fundamental para garantir o crescimento e desenvolvimento normal da criança e a manutenção da saúde. Particularmente os lactentes, que além de serem biologicamente vulneráveis, constituem um dos grupos populacionais que mais necessita de atendimento (SPINELLI *et al*, 2003; LOFGREN, 2008).

O primeiro ano de vida é um período caracterizado por rápido crescimento e desenvolvimento. Até os dois anos, o crescimento reflete as condições da vida intrauterina e as condições ambientais, dentre as quais se destaca o estado nutricional. Assim, alterações de crescimento nesse período têm como causa mais provável o *déficit* nutricional (VÍTOLO, 2008; DIAS, 2010). As práticas alimentares na infância, portanto, têm repercussões ao longo de toda a vida do ser humano e o aleitamento materno se mostra essencial para garantir a demanda nutricional nessa fase (BRASIL, 2002).

A demanda nutricional do lactente é prontamente atendida pelo aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida (WHO, 2002; MONTE; GIUGLIANI, 2004), através dos líquidos, energia e nutrientes presentes no leite materno, diretamente da mama ou extraído, com a possibilidade do uso de algum suplemento mineral, vitamínico e/ou medicamentos (BRASIL, 2002; WHO, 1998). O aleitamento materno não só oferece uma nutrição adequada e ajustada às condições gastrintestinais, renais e metabólicas da criança (WHO, 1998), oferece também proteção contra microorganismos patogênicos, um maior vínculo entre mãe e filho, além de ser economicamente viável e eficaz na redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2009).

Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em tempo oportuno e de forma adequada, é reconhecidamente importante para o desenvolvimento adequado do lactente e prevenção de distúrbios nutricionais, de grande impacto em Saúde Pública (BRASIL, 2009).

A alimentação complementar é definida como a alimentação fornecida no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite

materno (WHO, 1998). A introdução de alimentos na dieta da criança após os seis meses de idade deve complementar a qualidade nutricional do leite materno, que deve ser mantido preferencialmente até os dois anos de vida ou mais. Além de suprir as necessidades nutricionais, a partir dos seis meses a introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes (BRASIL, 2009).

A época de introdução de novos alimentos, tem se apresentado como um dos períodos de mais difícil manejo, pois envolve uma série de questões, como a qualidade dos alimentos a serem oferecidos, o período certo de introdução, a quantidade, a frequência da alimentação e principalmente a manutenção do aleitamento materno complementar até os dois anos (MONTE; GIUGLIANI, 2004; LOFGREN, 2008).

Evidências atuais são conclusivas quanto ao fato de que o período ideal para a introdução de outros alimentos complementares é após o sexto mês de vida, já que antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança (WHO, 1998). A introdução de alimentos complementares antes do período recomendado aumenta a mortalidade infantil, por reduzir a ingestão de fatores protetores presentes no leite materno, por representar uma fonte de contaminação, além de ser nutricionalmente inferior ao leite humano (WHO, 1998). Por outro lado, a introdução tardia da alimentação complementar, pode ser desfavorável, contribuindo para o retardo do crescimento, aumentando o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes importantes (WHO, 1998), como ferro, zinco, cálcio, vitamina A, folato e fibras (WHO, 2000; RUEL; BROWN; CAULFIELD, 2003).

Nas últimas décadas, inúmeros esforços foram feitos para o fortalecimento das práticas de aleitamento materno (KOMKA, 2007). Tais intervenções resultaram em melhores taxas de amamentação em vários países, contudo, não se observou evolução similar no âmbito da alimentação complementar (EHO, 2002).

As práticas alimentares são fortemente determinadas por fatores culturais, psicológicos, estilo de vida, tendência de consumo, além de renda e preço (BATALHA; LUCCHESI; LAMBERT, 2005), em decorrência disso, são de difícil modificação (HELMAN, 2003).

Anteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1989) recomendava, em relação ao aleitamento materno exclusivo, que todas as lactantes estavam habilitadas a praticá-lo. E recomendava que todos os lactentes deveriam ser amamentados exclusivamente com leite materno, desde o nascimento até os quatro meses. Após esse período, as crianças deviam continuar sendo amamentados, juntamente com alimentos complementares, até os dois anos ou mais (WHO, 1989).

Após a 54ª Assembleia Mundial de Saúde, a OMS passou a recomendar para a saúde pública global a introdução de alimentos complementares em torno dos 6 meses em substituição à recomendação anterior, que era de 4 a 6 meses. Somando-se a esta, foi citada a permanência do leite materno na dieta até os 2 anos de idade, de forma essencial para fornecer parte dos nutrientes necessários à criança (WHO, 2001). Como foi visto anteriormente, apenas a partir dos 6º mês de idade que as necessidades nutricionais do lactente não conseguem ser supridas apenas pelo leite humano (WHO, 1998). No entanto, só em 2002 se atingiu, afinal, o consenso mundial de que não existem benefícios que possam ultrapassar os riscos e as desvantagens da introdução precoce de alimentos complementares antes dos 6 meses de vida (WHO, 2003).

A partir deste momento, a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico que a permite receber outros alimentos que não o leite materno (WHO, 1998), como por exemplo: melhor taxa de filtração glomerular; secreção mais eficiente das enzimas digestivas; cabeça sustentada; reflexo lingual para a deglutição; estímulos quando visualiza o alimento; surgimento dos primeiros dentes que facilitam a mastigação; e o desenvolvimento com maior eficiência do paladar, que estabelecerá suas preferências alimentares até a vida adulta (BRASIL, 2009).

A última publicação do Ministério da Saúde (MS), a cerca do tema, recomenda que seja oferecido, para crianças de 6 meses, um alimento de cada grupo, em uma refeição salgada, e uma fruta na refeição doce e, sucessivamente, oferecer todos os alimentos de cada grupo, isto é, um cereal ou tubérculo, uma leguminosa, uma carne e uma hortaliça, sendo oferecido um alimento novo por dia. Aos sete meses receberá duas papas doces e uma salgada e aos oito meses receberá duas refeições salgadas e duas doces. Todas as carnes, incluindo peixes e vísceras, devem ser introduzidas aos seis meses (BRASIL, 2002).

No Brasil, no período de 1998 a 2002, por iniciativa do MS e apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foram elaboradas as recomendações alimentares para crianças menores de 2 anos. Esse trabalho, que contou com a participação de cerca de 300 profissionais de saúde foi denominado de “Os 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de dois anos” e está sendo implementado em todo o país desde 2002 (Quadro 1).

Quadro 1 - Os 10 passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos (BRASIL, 2002)

Passo 1 Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Passo 2 A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.

Passo 3 Após 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

Passo 4 A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

Passo 5 A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; deve-se começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até se chegar à alimentação da família.

Passo 6 Oferecer à criança diferentes alimentos ao longo do dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Passo 7 Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8 Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9 Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Passo 10 Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos e respeitando a sua aceitação.

A maioria dos estudos mostra que a melhoria da dieta da criança tem impacto positivo sobre o crescimento infantil e a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção da morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso (MONTE E GIUGLIANI, 2004). Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo verificar a associação entre o período de introdução de alimentos complementares e características socioeconômicas maternas e biológicas de crianças menores de dois anos que compareceram ao Dia Nacional de Multivacinação da Vila Planalto, Brasília – DF.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

- Verificar a associação entre o período de introdução de alimentos complementares e características socioeconômicas maternas e biológicas de crianças menores de dois anos de que compareceram ao Dia Nacional de Multivacinação da Vila Planalto, Brasília – DF.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar quais são os principais alimentos complementares na população estudada;
- Estimar a idade média de introdução de alimentos complementares na dieta dos lactentes;
- Comparar os resultados encontrados com a preconização do Ministério da Saúde para o tema;
- Analisar as variáveis socioeconômicas e demográficas maternas (idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, ocupação, gozo de licença maternidade), e variáveis biológicas da criança (idade, sexo e peso ao nascer), confrontado-as com a idade de introdução da alimentação complementar.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Uma alimentação infantil adequada compreende a prática do aleitamento materno e a introdução, em tempo oportuno, de alimentos apropriados que complementam o leite materno (BRASIL, 2002).

O lactente, devido principalmente a sua alta velocidade de crescimento, está mais vulnerável aos erros e deficiências alimentares que podem trazer importantes consequências para seu estado nutricional (BARBOSA *et al*, 2007). Dessa forma, tão importante quanto o aleitamento materno nos primeiros meses de vida é, também, a introdução gradativa dos outros alimentos. Esse processo complexo é fortemente influenciado por variáveis biológicas, culturais, sociais e econômicas. Ademais, representa um momento vulnerável para a ocorrência de deficiências nutricionais, infecções, atraso no desenvolvimento e formação de hábitos alimentares inadequados (LOFGREN, 2008).

Alimentação infantil ou da criança é definida como todo processo alimentar, comportamental e fisiológico que envolve a ingestão de alimentos pela criança (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010). O termo aleitamento materno exclusivo é usado para definir a nutrição exclusivamente através do leite materno, diretamente da mama ou extraído, com a possibilidade do uso de algum suplemento mineral, vitamínico e/ou medicamentos. Aleitamento materno predominante é definido quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como suco de frutas e chás. Aleitamento parcial é a denominação usada para o aleitamento materno com adição de outros alimentos, ou líquidos, incluindo leite não humano (BRASIL, 2002; WHO, 1998).

Anteriormente, os alimentos preparados especificamente para as crianças pequenas antes de elas passarem a consumir aqueles do cotidiano da família eram conhecidos como “alimentos de desmame”. Há algum tempo este termo tem sido evitado, pois pode gerar confusão quanto ao seu intuito, que é complementar o leite materno e não de substituí-lo, provocando o desmame (GIUGLIANI, 2000).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (GIUGLIANI; VICTORA; 2000) preconizam que o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida é a melhor maneira de alimentar o lactente. A partir desta idade, deverá ser inserida a prática da alimentação complementar, que é definida como a introdução de outros alimentos ou líquidos na dieta da criança, além do leite materno. Por outro lado, em caso de variações da velocidade de crescimento das crianças nas diferentes regiões, além de aspectos individuais como, por exemplo, o trabalho materno, a OMS também sugere a oferta de alimentos complementares a partir do quarto ao sexto mês de vida do lactente (WHO, 1989; GIUGLIANI; VICTORIA, 1997).

Os alimentos complementares podem ser subdivididos em duas categorias: a primeira delas compreende os alimentos transicionais, aqueles preparados exclusivamente para a criança e modificados para atender suas habilidades e necessidades; e a segunda inclui os alimentos complementares não modificados e consumidos pelos demais membros da família e que não recebem denominação específica, podendo ser classificados como alimentos familiares (GIUGLIANO; VICTORA, 2000)

Pesquisas nacionais vêm apontando para um perfil de introdução de outros líquidos e alimentos semissólidos precocemente, em torno dos 90 dias de vida (AUDI CORRÊA; LATORRE; 2010).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, 96,4% das crianças menores de 60 meses foram amamentadas (BRASIL, 2008). No entanto, a introdução de outros alimentos e bebidas ocorreu precocemente, durante as primeiras semanas ou meses de vida. No Brasil, a duração média do aleitamento materno exclusivo é de 2,17 meses e 41,7% das crianças brasileiras de 4 a 6 meses de idade já consomem leite não materno. A Pesquisa mostrou que entre o 4º e o 5º mês de idade, 31,6%, dos lactentes consumiam mingaus, 22% das crianças já consumiam comida de sal (BRASIL, 2006).

O processo de introdução de alimentos no Brasil ocorre geralmente, em momento inoportuno e inadequado (BRASIL, 2002). A partir dos dados da PNDS

(2006), pôde-se observar que o percentual de crianças de 0 a 6 meses que já estão recebendo alimentos complementares associados ao leite materno é de 52%.

Através da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2009, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), foi constatada a introdução precoce de água, chás e outros leites, com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças, já no primeiro mês de vida. Cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%). Por outro lado, 26,8% das crianças entre 6 e 9 meses, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos e semissólidos na dieta da criança, não recebiam comida salgada. Nessa faixa etária, 69,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9% verduras/legumes. Em relação aos marcadores de alimentação não saudável, constatou-se consumo elevado de café (8,7%), de refrigerantes (11,6%) e especialmente de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças de 9 e 12 meses (BRASIL, 2009b).

No Estado de São Paulo, municípios com população de até 4.000 crianças, menores de 1 ano de idade, receberam a aplicação de recordatórios alimentares de 24 horas. Em torno de 50% das crianças receberam leite materno, 77% outros tipos de leite, 63% mingau, 87% frutas, 78% sopas, 64% comida de panela, 58% comida com feijão e 36% sopa ou comida com carne. Crianças que possuíam 6 meses de idade tinham a probabilidade de 78% para consumir sopas, 39% para comida de panela, 59% para receber leite materno, 70% para outros leites e 63% para mingau (SALDIVA, 2007).

Inadequações no processo de alimentação complementar são comuns em diversos países do mundo, em desenvolvimento ou desenvolvidos e associam-se ao aumento da morbimortalidade infantil. Um estudo transversal realizado por Fein *et al* (2008), nos Estados Unidos, com uma amostra de 2400 crianças com idade de até 12 meses, mostrou que aproximadamente 20% das mães começam a oferecer alimentos complementares antes dos 4 meses e que existia associação positiva entre escolaridade materna e práticas corretas de alimentação complementar. Outros achados importantes deste estudo apontam para ingestão de alimentos processados e *fast foods* pelos lactentes aos 10 meses de idade.

Por outro lado, um estudo de coorte, com amostra de conveniência em unidade hospitalar realizado em Mumbai na Índia, por Parekh *et al* (2004), acompanhou 22 crianças de 6 a 10 meses em relação à alimentação complementar e aleitamento materno, encontrou o percentual de 95% de alimentação complementar nessa população.

Kudlova e Rames (2007) realizaram um estudo longitudinal na República Tcheca, com 97 crianças que tiveram dados coletados no nascimento e também aos 6, 9, 12 e 24 meses de idade. O estudo mostrou que 9 e 24 meses, 23% a 38% das crianças não consumiam hortaliças diariamente e, 28% a 40% dos lactentes não ingeriam carnes diariamente.

Cabe ressaltar que nos Estados Unidos, mais de 50% dos lactentes recebem atualmente fórmulas infantis gratuitamente, através do Programa de Alimentação Suplementar do Governo Estadunidense, que foi iniciado em 1972, em âmbito federal e administrado pelo Serviço de Alimentação e Nutrição do Departamento de Agricultura dos EUA, que é atualmente conhecido como WIC (USDA, 2013). O programa destina-se às mães, lactentes e crianças de até 5 anos, em risco nutricional. Já no Brasil o custo relativamente alto das fórmulas infantis para os lactentes brasileiros pode explicar seu uso por somente 12% dos lactentes menores de 6 meses e somente 6,7% daqueles com mais de 6 meses de idade. Isso também pode explicar a alta porcentagem de refeições em que a fórmula infantil é diluída ou concentrada de maneira inapropriada (através de outros aditivos que incluem açúcar e achocolatado) (GREER, 2010).

Nos últimos anos vários estudos vêm demonstrando os agravos significativos da introdução precoce de alimentos, tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como em países industrializados (MONTE; GIUGLIANI, 2004; DEWEY, 2001). Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde (WHO, 2002; WHO, 1998; BRASIL, 2002), a introdução da alimentação complementar precocemente pode tornar a criança mais vulnerável a diarreias, infecções respiratórias e gastrintestinais e a desnutrição, comprometendo o crescimento e desenvolvimento adequados. Simon *et al.*, (2003) apontam que a introdução precoce de alimentos aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores protetores presentes no leite materno.

Sob o ponto de vista nutricional, a introdução precoce dos alimentos complementares pode ser desvantajosa, pois estes, além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a frequência da amamentação é mantida, muitas vezes são nutricionalmente inferiores ao leite materno (DREWETT *et al.*, 2003; WHO, 1998). Além disso, a introdução precoce dos alimentos complementares diminui a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco, e reduz a eficácia da lactação na prevenção de novas gestações (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

Mais recentemente, tem-se associado a introdução precoce da alimentação complementar com o desenvolvimento de doenças atópicas. O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma, e esse efeito protetor parece persistir pelo menos durante a primeira década de vida, sendo particularmente evidente em crianças com história familiar de doenças atópicas (ODJIK, 2003)

E com o oferecimento precoce de alimentos complementares verifica-se uma associação com a maior ocorrência de anemia, doenças infecciosas, particularmente gastrointestinais e respiratórias e comprometimento no crescimento físico da criança (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Foi descrito por Gerstein (1994) que a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos 4 meses) pode ser um importante determinante dessa doença e pode aumentar seu risco de aparecimento em 50%. Estima-se que 30% dos casos de *Diabetes Mellitus* tipo I poderiam ser evitados se 90% das crianças até 3 meses não recebessem leite de vaca.

Ademais, introduzir os alimentos complementares tardiamente também é desfavorável, porque o crescimento da criança é interrompido ou desacelerado e o risco de desnutrição e de deficiência de micronutrientes aumenta (WHO, 1998; WHO, 2003).

A alimentação complementar adequada deve incluir alimentos ricos em energia e micronutrientes, especialmente ferro, zinco, cálcio, vitamina A, vitamina C e folato. Além disso, a alimentação complementar deve ser segura do ponto de vista higiênico-sanitário, sem excesso de sal ou condimentos, dever evitar alimentos industrializados, ser em quantidade apropriada, a partir de alimentos de fácil preparação, utilizados pela família e de custo aceitável. O planejamento da refeição de sal deve contemplar os

seguintes grupos alimentares: cereal ou tubérculo, alimento proteico de origem animal, leguminosas e hortaliças (BRASIL, 2002; DEWEY, 2003).

Estudos a cerca do efeito de cada alimento no organismo da criança em cada fase de desenvolvimento fisiológico no primeiro ano de vida ainda são muito escassos. Por ser um momento essencialmente importante na construção de hábitos alimentares saudáveis, prevenção de alergias e promoção do crescimento desenvolvimento das crianças, a temática da alimentação complementar deveria ter um embasamento científico mais sólido entre os profissionais de saúde, a fim de levar mais esclarecimentos às mães quanto à correta introdução de alimentos após o aleitamento materno (MATOS, 2011; WHO, 2003).

No Brasil, a Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, com a colaboração da Organização Pan-Americana de Saúde, elaborou as recomendações de alimentação saudável para as crianças menores de dois anos. O conjunto dessas recomendações, denominado de os *Dez passos da alimentação saudável para a criança abaixo de dois anos* (BRASIL, 2002), implementado no país desde 2002, objetiva auxiliar os profissionais de saúde a programar práticas alimentares saudáveis e melhorar a qualidade da alimentação nos primeiros dois anos, e consequentemente formar bons hábitos alimentares na população (GIUGLIANE; VICTORIA, 1997; OPAS, 2003).

A alimentação complementar adequada é essencial para o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança e, portanto, torna-se um componente essencial para garantir a segurança alimentar e nutricional da população e para o desenvolvimento da nação. A alimentação complementar adequada é um direito das crianças pequenas e suas mães e, portanto, cabe ao Estado garanti-lo, em articulação com a sociedade civil. Aos profissionais de saúde cabe repassar os conhecimentos atuais e adequados a cerca de uma alimentação infantil adequada, visando promover o crescimento e o desenvolvimento ótimos da criança (MONTE; GIUGLIANI, 2004)

4. METODOLOGIA

4.1 Estratégia do estudo

O presente estudo traz uma análise dos dados de alimentação complementar e condições maternas e de crianças menores de dois anos, que compareceram ao Dia Nacional de Multivacinação da Vila Planalto, Brasília – DF. Os dados foram coletados pela pesquisadora Eliane Prazer, no ano de 2011. A seguir, serão descritas as principais características dessa pesquisa.

4.2 Tipo, local e amostragem do estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter exploratório, desenvolvida no Centro de Saúde 15, durante o Dia Nacional de Multivacinação, realizado no período de 18 de junho a 20 de setembro do ano de 2011, na Vila Planalto, Brasília – DF.

O processo de amostragem contemplou crianças de 0 a 24 meses de idade, que compareceram ao dia e local supracitados. Foram excluídas crianças que não estavam acompanhadas da mãe e que não enquadravam na faixa etária estabelecida. Ao final do estudo, a amostra foi de 123 crianças.

4.3 Coleta de dados e instrumento

Os dados foram coletados pelas colaboradoras, no Dia Nacional de Multivacinação de 2011, no local citado, por meio de um questionário semi-estruturado, com questões abertas e fechadas, aplicado às mães após esclarecimento sobre a pesquisa, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo a Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Para este estudo, serão analisados apenas os dados pertinentes aos objetivos da pesquisa. O questionário continha questões fechadas sobre variáveis biológicas das crianças (idade, sexo, peso ao nascer, uso de chupeta e mamadeira) e variáveis socioeconômicas e demográficas maternas (idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, ocupação, gozo de licença maternidade), além da idade de introdução da alimentação complementar.

4.4 Análise dos dados

Foi realizada a estatística descritiva de todas as variáveis utilizando-se o pacote estatístico *SPSS* (versão 21.0).

A verificação da idade média de introdução dos alimentos complementares na população estudada, também foi realizada através do *software SPSS* (versão 21.0), onde os alimentos ofertados às crianças foram categorizados em grupos, sendo submetidos à estatística descritiva em termos de frequência e porcentagem. Após a análise estatística os resultados foram comparados com as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, descritas no Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2002).

Posteriormente, aplicou-se o teste de associação (qui-quadrado) entre as variáveis dependentes (introdução de alimentos) e independentes. Foram estimadas as razões de chance (*Odds Ratio* - OR) com respectivos intervalos de confiança de 95%.

5. RESULTADOS

Participaram do estudo 123 crianças, destas 46,3% (n=57) eram do sexo masculino e 53,7% (n=66) do sexo feminino, 43,1% tinham menos de seis meses e 56,9% entre seis meses e dois anos de idade, e 11,7% eram filhos de mães adolescentes (entre 14 e 18 anos). A ocorrência de crianças com baixo peso ao nascer foi de 6,6%, e mais da metade (56,9%) nasceu de parto cesárea.

Quanto às variáveis maternas, 78,3% das mães tinham idade entre 19 e 35 anos, 43,4% casadas, 62,3% cursaram até o ensino médio, 61,1% eram primíparas. Em relação ao trabalho, 55,7% não trabalhava fora de suas casas, e a maior proporção apresentava renda familiar que caracterizava o nível socioeconômico “classe E” (36,6%) (IBGE, 2013), embora todas as classes sociais tenham sido representadas na população estudada.

Com relação ao aleitamento materno exclusivo, 29,3% das crianças encontrava-se em aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista e 26,0% das crianças recebeu leite materno exclusivo até o 6º mês de vida.

As tabelas 1 e 2 a seguir, apresentam as características gerais e sócio-demográficas da população estudada.

Tabela 1: Características gerais da amostra de crianças e mães atendidas no Dia Nacional de Multivacinação no Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, Brasil, 2011.

Variáveis	Frequência	Percentual (%)
Sexo		
Masculino	57	46,3
Feminino	66	53,7
Peso ao nascer		
Peso adequado (>2500g)	110	90,9
Baixo peso (<2500g)	8	6,6
Muito Baixo Peso (<1500g)	3	2,5
Tipo de parto		
Normal	53	43,1
Cesariana	70	56,9
Tempo de gestação		

Não soube informar	4	3,3
Menos que 37 semanas	13	10,6
Entre 37 e 41 semanas	102	82,9
Mais que 41 semanas	4	3,3
Paridade		
Primípara	75	61,0
Múltipara	48	39,0
Comparecimento às consultas de CD		
Sim	120	97,6
Não	3	2,4

Tabela 2: Características sócio-demográficas de crianças e mães atendidas no Dia Nacional de Multivacinação no Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, Brasil, 2011.

Variáveis	Frequência	Percentual (%)
Idade materna		
De 14 a 18 anos	14	11,7
De 19 a 35 anos	94	78,3
> 36 anos	12	10,0
Estado civil da mãe		
Solteira	23	18,9
Casada	53	43,4
União Estável	45	36,9
Divorciada	1	0,8
Escolaridade da mãe		
Até 4 anos ou menos	6	4,9
De 5 a 8 anos	15	12,3
De 9 a 11 anos	76	62,3
Mais que 12 anos	25	20,5
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	6	4,9
De 1 a 2	45	36,6
De 2 a 3	15	12,2
de 3 a 5	14	11,4
De 5 a 10	20	16,3
De 10 a 20	5	4,1
Mais de 20 salários mínimos	2	1,6
Não informada	16	13,0
Mãe trabalha fora		
Sim	55	44,3
Não	68	55,7

Licença Maternidade		
Sim	40	32,8
Não	82	67,2
Mãe realizou pré-natal		
Sim	119	98,3
Não	2	1,7
Até quando amamentou exclusivamente		
Não foi amamentada	4	3,3
AME no momento	36	29,3
Menos que 1 mês	7	5,7
Menos que 4 meses	15	12,2
Até 4º mês	14	11,4
Até 5º mês	12	9,8
Até 6º mês	32	26,0
Mais de 6 meses	3	2,4

Conforme a tabela 2, 29,3% das crianças encontrava-se em aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista e 26,0% das crianças recebeu leite materno exclusivo até o 6º mês de vida. Na tabela 3, cruzou-se a variável aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, com variáveis sócio-demográficas maternas, verificou-se que as mães adolescentes, assim como as de mais idade, as que não trabalham fora, ou as que não tinham companheiro, não ofereceram leite materno exclusivo aos seus filhos até o sexto mês de vida.

Tabela 3: Relação entre a oferta do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e variáveis sociodemográficas maternas, Vila Planalto (DF), Brasil, 2011.

Variável	Frequência		IC (95%)
Idade Materna	n	%	
De 14 a 18 anos	3/14	21,42	
De 19 a 35 anos	27/94	28,72	0,745 (0,742-0,759)
> 36 anos	1/12	8,33	
Trabalha fora			
Sim	16/54	29,62	
Não	16/68	23,52	0,455 (0,477-0,467)
Estado civil			
Solteira	7/23	30,43	

Casada	16/53	30,18	0,058 (0,053-0,062)
Mora com companheiro	9/45	20,00	
Divorciada	0/1	0,00	

Na Tabela 4, observa-se o tipo de alimento, o número de crianças e a idade média de introdução dos alimentos complementares, em meses. A introdução de água, chá, suco natural e mingau (leite fluido, em pó ou fórmulas) ocorreu antes dos seis meses, e entre os 5,5 e 5,7 meses, as crianças receberam fruta e hortaliças, indicando que nesta idade houve introdução de papas de frutas e hortaliças. Entre as idades médias de 6,0 e 6,1 meses, passaram a serem alimentadas com gorduras, carnes (frango, bovina e/ou suína), leguminosas e cereais, indicando que, nesta idade, houve a introdução de sopas na alimentação.

A partir dos sete meses, as crianças passaram a receber alimentos como pão, biscoito, ovo, sopa industrializada e doce em geral, incluindo o mel. Verificou-se que a comida da família foi introduzida na idade média de 9,13 meses.

Entre os 9,5 e 10,6 meses, 15,4% (n=19) e 21,1% (n=26) já havia recebido, respectivamente, refrigerante e suco artificial.

Tabela 4: Introdução complementar de alimentos na dieta das crianças atendidas no Dia Nacional de Multivacinação no Centro de Saúde da Vila Planalto - DF, Brasil, 2011.

Alimento	Receberam o alimento		Idade média (meses)	Erro padrão
	n	(%)		
Água	81	65,9	4,089	6,200
Chá	38	30,9	3,719	11,521

Suco natural	67	54,5	5,492	5,198
Mingau (leite fluido, em pó ou fórmula)	52	42,3	4,693	10,303
Sopa instantânea	16	13,0	7,437	22,43
Fruta	74	60,2	5,5	5,106
Biscoito	47	38,2	7,872	11,086
Refrigerante	19	15,4	10,684	18,95
Suco artificial	26	21,1	9,538	18,77
Hortaliça	72	58,5	5,736	5,24
Carne	66	53,7	6,151	5,766
Feijão	69	56,1	5,985	5,760
Arroz	66	53,7	6,075	5,769
Pão	49	39,8	7,469	10,168
Gema de ovo	42	34,1	7,285	12,904
Ovo inteiro	35	28,8	8,514	17,102
Comida da família	47	38,2	9,147	13,867
Mel, melado, açúcar	38	30,9	7,947	14,354

Observa-se na Tabela 5 que mães com menos de onze anos de estudo e mães que exercem atividade fora do lar apresentaram 5,094 (IC95% 2,905-8,932) e 1,104 (IC95% 0,667-1,829) vezes mais chance, respectivamente, de oferecerem alimentos do grupo lácteo, inclusive (conforme demonstrado na Tabela 4) para crianças menores de seis meses.

Também, mães com menos de onze anos de estudo apresentaram 3,351 (IC95% 1,905-5,894) vezes mais chance de oferecerem alimentos do grupo carne e 2,643 (IC95% 1,506-4,636) vezes mais chance oferecerem alimentos do grupo das hortaliças, inclusive antes dos seis meses (Tabela 4).

As mães que residem com mais de 4 quatro pessoas no domicílio apresentaram 2,426 (IC95% 1,441-4,015) e 5,938 (IC95% 3,247-10,857) vezes mais chance,

respectivamente, de oferecem alimentos açucarados (mel, melado, açúcar) e refrigerantes antes do primeiro ano de vida, evidenciando a influencia da família na formação de hábitos alimentares da criança.

Tabela 5 – Estimativas de *Odds Ratio* (OR) com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e valores de *p* para variáveis associadas a consumo de grupos de alimentos e alimentos específicos por crianças antes de dois anos de idade

Variáveis	OR (IC95%)	Valor de <i>p</i>
Grupo das carnes		
Escolaridade materna ≤ 11 anos	3,351 (1,905-5,894)	0,002
Renda ≤ 2 salários mínimos	0,612 (0,369-1,013)	0,028
Atividade fora do lar	0,699 (0,423-1,154)	0,463
Grupo das frutas		
Renda ≤ 2 salários mínimos	0,469 (0,228-0,780)	0,520
Residentes no domicílio > 4	0,718 (0,433-1,191)	0,3984
Atividade fora do lar	0,536 (0,323-0,889)	0,3989
Grupo das hortaliças		
Renda ≤ 2 salários mínimos	0,502 (0,302-0,833)	0,414
Residentes no domicílio > 4	0,768 (0,464-1,272)	0,056
Escolaridade materna ≤ 11 anos	2,643 (1,506-4,636)	0,002
Grupo dos leites (leite fluído, leite modificado, mingaus)		
Escolaridade materna ≤ 11 anos	5,094 (2,905-8,932)	0,039
Vive com companheiro	5,352 (3,038-9,431)	0,031
Atividade fora do lar	1,104 (0,667-1,829)	0,028
Grupo dos açúcares (mel, melado, açúcar)		
Idade materna ≤ 18 anos	0,287 (0,146-0,564)	0,028
Renda ≤ 2 salários mínimos	1,584 (0,0938-2,677)	0,649
Residentes no domicílio > 4	2,426 (1,441-4,015)	$< 0,001$
Refrigerantes		
Idade materna ≤ 18 anos	3,877 (2,114-7,111)	0,002
Renda ≤ 2 salários mínimos	0,703 (0,335-1,475)	0,566

Residentes no domicílio > 4	5,938 (3,247-10,857)	0,033
Comida da família		
Escolaridade materna ≤ 11 anos	6,033 (3,428-10,618)	0,03
Vive com companheiro	6,339 (3,584-11,211)	0,021
Atividade fora do lar	1,308 (0,787-2,175)	0,102

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo transversal, de caráter exploratório indicam que, dentre as crianças menores de dois anos de idade, 26,0% recebeu leite materno exclusivo até o 6º mês de vida e 29,3% estava em aleitamento materno exclusivo no momento da entrevista.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2009, revelou a duração mediana do aleitamento materno exclusivo de 54,1 dias (1,8m) e do aleitamento materno total de 341,6 dias (11,2m) (BRASIL, 2009). A mesma pesquisa mostrou que dentre as regiões brasileiras, a região centro-oeste foi a que apresentou a maior estimativa de duração em dias desta prática (66,6 dias). Outro estudo realizado em Campinas identificou uma mediana de aleitamento materno exclusivo de 90 dias (3m) e aleitamento materno total de 120 dias (4m) (BERNARDI *et al*, 2009).

O leite materno é essencial para a saúde dos lactentes, por ser nutricionalmente completo, apropriado ao metabolismo e isento de contaminação, o que contribui para reduzir a morbimortalidade infantil, principalmente por doenças alérgicas, respiratórias e infecciosas, como a diarreia (XIMENES, 2010). Além disso, previne também o surgimento de anemia, devido à alta biodisponibilidade de ferro nele contido (XIMENES, 2010; BRASIL, 2002).

Até os 6 meses de vida a Organização Mundial da Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo. Após essa idade recomenda a continuidade da amamentação e a introdução de alimentos complementares na dieta do lactente para garantir o crescimento e desenvolvimento adequados (VIEIRA, 2009). Ademais, a

amamentação deve ser prolongada até pelo menos os 2 anos, uma vez que o leite materno é uma fonte rica de nutrientes (BRASIL, 2002).

A prática do aleitamento materno observada neste estudo e no inquérito nacional está distante do preconizado pelo Ministério da Saúde, através do Guia Alimentar para Menores de Dois Anos, e da Organização Mundial da Saúde, onde o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses e complementado com outros alimentos até dois anos ou mais (BRASIL, 2002; WHO, 2001).

O presente estudo mostrou a introdução precoce de alimentos complementares, em desacordo com as pautas recomendadas por órgãos nacionais e internacionais de saúde (BRASIL, 2002; WHO, 2001). A tabela 4 identificou a introdução de água, chá, suco natural e mingau (leite fluído, leite em pó ou fórmulas) antes dos seis meses. Um estudo realizado por Audi *et al* (2001), em uma cidade da região sudeste do Brasil mostrou que, com menos de 90 dias, 23,6% das crianças tomavam água e 24,8% tomavam chá.

Os resultados deste estudo (Tabela 5) mostram que mães com menos de onze anos de estudo e mães que exercem atividade fora do lar apresentaram 5,094 (IC95% 2,905-8,932) e 1,104 (IC95% 0,667-1,829) vezes mais chance, respectivamente, de oferecerem alimentos do grupo lácteo, inclusive (conforme demonstrado na Tabela 4) para crianças menores de seis meses. Tais achados corroboram com a discussão mostrada por Ramos e Almeida (2003), no qual afirmam que o trabalho dificulta o aleitamento materno, e introduz precocemente a alimentação complementar, já que as mães devem conciliar múltiplas atribuições, o que pode contribuir negativamente para a nutrição de seu filho.

O Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos orienta que, a partir dos seis meses, deve-se oferecer a crianças alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e hortaliças) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes a dia se estiver desmamada (BRASIL, 2002). O aporte de vitaminas, ferro, fibras e a formação de um hábito alimentar saudável, dependerão da ingestão destes primeiros alimentos.

Ainda, a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2009, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), verificou a introdução precoce de água, chás e outros leites, com 13,8%, 15,3% e 17,8% das crianças, já no primeiro mês de vida.

A literatura tem reforçado a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida, não havendo necessidade de se oferecer qualquer tipo de líquido nesse período (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

A introdução de alimentos deve ocorrer só após os 6º mês, pois até essa idade o leite materno supre todas as necessidades da criança. Além de desnecessária, a introdução precoce de alimentos pode contribuir para a diminuição da sucção da criança e da produção de leite pela mãe, contribuindo para a interrupção do aleitamento exclusivo, além de interferir no estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis, ocasionando a superalimentação e oferecendo riscos para o trato gastrointestinal, vias respiratórias e função renal (BERNARDI, 2009).

Acrescenta-se que a introdução precoce de leite de vaca, constitui fator de risco para problemas alérgicos, nutricionais, além de favorecer o desmame precoce (CASTILHO *et al.*, 2010).

A introdução alimentar é influenciada por fatores relacionados ao contexto socioeconômico, cultural e familiar. Venâncio *et al* (2002) e Oliveira *et al* (2005) demonstram que a introdução precoce da alimentação complementar está associada à baixa renda familiar, pouca idade materna, baixa escolaridade materna, primiparidade e retorno da mãe ao trabalho.

Os resultados dessa pesquisa mostraram que as mães que residem em domicílios com mais de quatro pessoas, aquelas com escolaridade inferior a onze anos de estudo e as que exerciam atividade fora do lar apresentam mais chances de oferecer alimentos do grupo carnes, hortaliças, leites (não materno), sendo que leite foi ofertado aos 4,69 meses (52,0%) contrariando a recomendação do Ministério da Saúde, que é de 1 ano.

Os resultados deste estudo mostraram ainda, que mães com idade menor ou igual a 18 anos e residentes em domicílios com mais de quatro pessoas, apresentaram mais

chances de oferecer refrigerantes e açúcares (guloseimas) aos lactentes, estes alimentos foram ofertados respectivamente aos meses 10,7 (15,4) e 7,94 (30,9%). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Simom *et al* (2009), onde a oferta de guloseimas ocorreu entre nove e 12 meses. Ambos os estudos contrariam a recomendação do Guia Alimentar, para Crianças Menores de Anos de Vida, que é a de açúcar, café, enlatados, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Além disso, o açúcar ser usado somente após o primeiro ano. Este, mais o sal e frituras devem ser consumidos com moderação, para evitar enfermidades futuras (BRASIL, 2002).

Com relação aos alimentos complementares, o Guia Alimentar recomenda que a introdução seja feita após os 6 meses de idade, com uma sequência para o consumo de frutas, gema de ovos, cereais, tubérculos e hortaliças, leguminosas e carnes. A consistência deve progredir para alimentos sólidos e a dieta deve ser variada (BRASIL, 2002)

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009), mostrou que cerca de um quarto das crianças entre 3 e 6 meses já consumia frutas (24,4%). Neste estudo observou-se a introdução de frutas e hortaliças por volta de 5,5 meses. Brunken *et al* (2006) também verificou que as frutas foram introduzidas precocemente, sendo introduzidas aos 3 meses de idade. Fuzeto e Oliveira (2010), num estudo realizado em Curitiba verificaram que 89,5% das mães ofereceram frutas e hortaliças antes dos seis meses. Apesar de inadequada, a introdução precoce de frutas e hortaliças, parece ocorrer pela ênfase dada pelos profissionais de saúde, facilidade de aceitação da criança e oferta do produto (SALDIVA, 2007).

Na presente pesquisa, aos 6 meses, foi introduzida a carne, feijão e arroz. Fuzeto e Oliveira (2010), observaram que 44,7% das mães ofereceram carne e 40,5% ofereceram feijão antes dos seis meses. Neste estudo, aos 7 meses ocorreu a introdução de biscoitos, pão e gema de ovo, aos 8 meses, ovo inteiro, açúcar refinado e mel, aos nove meses dieta da família e suco artificial, e aos 10 meses, ocorreu introdução de refrigerantes. Ainda comparando com os dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009), que verificou 26,8% das crianças entre 6 e 9 meses, não recebiam comida salgada, período

no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos e semissólidos na dieta da criança. Os dados deste estudo mostraram que aos nove meses as crianças receberam a dieta da família, porém já tiveram sido expostas ao consumo de arroz e feijão aos seis meses.

Dessa forma, a introdução mostrou-se precoce para líquidos e leite, já mencionada anteriormente, além da introdução precoce de frutas e hortaliças, mel, açúcar, bebidas industrializadas e introdução tardia para ovos. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo nacional (MARCHIONI, 2001) envolvendo duas unidades básicas de saúde, onde os ovos foram introduzidos no final do primeiro ano de vida, bem como em um estudo internacional (WHO, 2006).

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram conhecer as características alimentares dos menores de dois anos e fatores associados à alimentação. Observou-se uma prevalência de aleitamento materno exclusivo maior que em outros estudos, assim como um maior percentual de crianças que receberam leite materno exclusivo até o 6º mês de vida, porém esses índices ainda não atingem as metas propostas pelas instituições nacionais e internacionais (MS e OMS) (WHO, 2001; BRASIL, 2002).

Verificou-se que as mães adolescentes, assim como as de mais idade, as que não trabalham fora, ou as que não tinham companheiro, não ofereceram leite materno exclusivo aos seus filhos até o sexto mês de vida.

Observou-se consumo precoce de alimentos líquidos e sólidos nas crianças estudadas, inclusive sucos artificiais e refrigerantes, o que representa risco potencial para a saúde dos lactentes e para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta. O estudo também mostrou um consumo tardio de ovos.

Este estudo apontou como fatores associados à oferta de guloseimas antes de 1 ano de vida, os seguintes: idade materna menor ou igual a 18 anos e mais de quatro residentes no domicílio. Tais achados evidenciam a influencia da família na formação de hábitos alimentares da criança.

.As conclusões da presente pesquisa dizem respeito a uma realidade local, sendo limitada sua abrangência, porém, podem contribuir para a reflexão em outras realidades semelhantes, visto que utilizou metodologia comum a outros estudos municipais e nacionais. Tais reflexões podem apontar caminhos para a superação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais dos serviços de saúde no incentivo ao aleitamento materno e à introdução de alimentos complementares saudáveis. Visto que este último contribui para a formação de hábitos alimentares saudáveis que repercutirão ao longo da vida.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUDI, CAF; CORRÊA MAS; LATORRE, MRDO. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2003; 3: 85-93.

BARBOSA, M. B. *et al.* Custo da alimentação no primeiro ano de vida. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 1, p. 55-62, jan./fev., 2007.

BATALHA, M.O.; LUCCHESI, T.; LAMBERT, J. L. **Hábitos de consumo alimentar no Brasil: realidade e perspectivas**. In: BATALHA, M.O.(Coord). Gestão do agronegócio: textos selecionados. São Carlos: Edufscar, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília; 2002. Série A - Normas e Manuais Técnicos, n.107.

_____. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de 2 anos. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e Distrito Federal** [Internet]. Brasília: 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 10 de dezembro de 2012.

BRUNKEN GS, SILVA SM, FRANÇA GV, ESCUDER MM, VENÂNCIO SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. **J Pediatr** (Rio J) 2006;82:445-51.

DEWEY KG, COHEN RJ, BROWN KH, LANDA Rivera L. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. **J Nutr**. 2001;131:262-7.

DEWEY KG, BROWN KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. **Food Nut Bull**. 2003;24:5-28.

DIAS, MCAP; FREIRE, LMS; FRANCESCHINI, SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev. Nutr.** [online]. 2010, vol.23, n.3, pp. 475-486. ISSN 1415-5273.

DREWETT R, AMATAYAKUL K, WONGSAWASDII L, MANGKLABRUKS A, RUCKPAOPUNT S, RUANGYUTTIKARN C, et al. Nursing frequency and the energy intake from breastmilk, and supplementary food in a rural Thai population: a longitudinal study. **Eur J Clin Nutr.** 1993;47:880-91

FEIN SB, LABINER-WOLFE J, SCANLON KS, GRUMMER-STRAWN LM. Selected complementary feeding practices and their association with maternal education. **Pediatrics.** 2008;122 Suppl 2:S91-7.

FUZETO, KLR; OLIVEIRA, ACL. Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba/PR. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, 03: 1-16, 2010.

GERSTEIN HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care.** 1994;17:13-9

GIUGLIANI ERJ, VICTORA CG. Alimentação complementar. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, 2000;76 (suppl 3):S253-62.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3, p. 227-228, jul./ago., 2000.

GREER FR. Commentary: concerns for complementary feeding of infants in Brazil. **J Pediatr**, Rio de Janeiro. 2010;86(3):169-170.

HELMAN CG. Cultura, saúde & doença. 4. ed. Porto Alegre. Artmed; 2003.

KUDLOVA E; RAMES J. Food consumption and feeding patterns of Czech infants and toddlers living in Prague. **Eur J Clin Nutr.** 2007 Feb;61(2):239-47.

KOMKA, SMNB. Prevalência **de alimentação complementar no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) -Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

LAMBERT, J.L.; BATALHA, M.O.; SPROESSER, R.L.; LAGO da SILVA, A. ;LUCCHESI, T. As principais evoluções dos comportamentos alimentares : o caso da França. **Revista de Nutrição**, 2005 Vol. 18 (5): 577-591.

LOFGREN REG. Alimentação no primeiro ano de vida: as recomendações e a prática (Monografia- Especialização). Rio de Janeiro: 2008.

MARCHIONI DM, LATORRE M DO R, SZARFAC SC, DE SOUZA SB. Complementary feeding: study on prevalence of food intake in two health centers of São Paulo city. Arch **Latinoam Nutr**. 2001;51(2):161–6.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, Supl., p. s131-s141, out./nov., 2004.

ODJIK J, KULL I; BOVES MP; BRANDTZAEG P; EDBERG V; HANSON LA, *et al*. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding and its impact on later atopic manifestations. **Allergy** 2003; 58(9):833-43.

OLIVEIRA MAA; OSÓRIO, MM. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **J Pediatr** (RIO J), 2005; 81(5) p.361-7.

OLIVEIRA LP, ASSIS AM, PINHEIRO SM, PRADO MS, BARRETO ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. **Rev Nutr** 2005;18:459-69.

RUEL MT; BROWN KH, CAUFIELD LE. Moving forward with complementary feeding: indicators and research priorities. Washinhton; FCND, 2003.

VIEIRA RW, *et al*. Do aleitamento materno à alimentação complementar: atuação do profissional nutricionista. **Saúde & Ambiente em Rev**. Duque de Caxias, 2009 4(2): 1-8.

SALDIVA SRDM, ESCUDER MM, MONDINI L, LEVY RB, VENANCIO SI. Práticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. **J Pediatr** (Rio J). 2007; 83(1):53-58.

SILVA, LMP; VENANCIO, SI; MARCHIONI, DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Rev. Nutr.** [online]. 2010, vol.23, n.6, pp. 983-992. ISSN 1415-5273.

SIMON VGN, SOUZA JMP, SOUZA SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.** 2003; 6(1):29-38.

SIMON VGN, SOUZA JMP, SOUZA SB. Introduction of complementary foods in the first two years of life of children attending private schools in the city of São Paulo, Brazil. **Rev Paul Pediatr.** São Paulo 2009;27(4):389-94.

SPINELLI, M. G. N. et al. Consumo alimentar de crianças de 6 a 18 meses em creches. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, p. 409-414, out./dez., 2003.

VENANCIO SI, ESCUDER MM, KITOKO P, REA MF, MONTERIO CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saude Publica** 2002;36:313-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries.** Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding: Family foods for breastfed children.** Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.** Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child nutrition.** In: Organização Mundial de Saúde 55ª Assembléia Mundial da Saúde: 2002 May 18. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition** Geneva: Program. Pan American Health Organization/WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION Multicentre Growth Reference Study Group. Complementary feeding. In the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Acta Paediatr Suppl.** 2006;450:27–37.

XIMENES LB, *et al.* Práticas alimentares e sua relação com as intercorrências clínicas de crianças de zero a seis meses. **Rev de Enferm**, Ceará, 2010, 14(2):377-85.